



|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CONTINUIDAD DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO EN APS COD 277)</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
| Establecimiento                          | CESFAM LAS COMPAÑIAS                     |  |
| Nombre Completo                          | LUZ ESTER MUÑOZ MARTIN                   |  |
| RUT                                      |  |  |
| Programa                                 | PSCV                                     |  |
| Profesión                                | MÉDICA                                   |  |
| Horas trabajadas semanales               | 6  |  |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0  |  |
| Días licencia                            | 0  |  |
| Fecha Informe                            | AGO 2024                                 |  |
| MONTO Y N° BOLETA                        | <b>\$120.000 – BOLETA N°27</b>           |  |
| PERIODO DE INFORME                       | DESDE: día - mes- año<br><b>18/07/24</b> | HASTA: día - mes- año<br><b>17/08/24</b> |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones según PRAPS  | N° de Actividades | Observaciones                     |
|----|--|-------------------|-----------------------------------|
| 1  | <b>REALIZACIÓN DE CONTROLES EN PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DM2 Y/O HTA, PARA AUMENTAR LA COMPENSACIÓN DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS</b> | 6                 | <b>6 ASISENTES DE 6 AGENDADOS</b> |
| 2  | <b>REALIZACIÓN DE CONTROLES EN PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DM2 Y/O HTA, PARA AUMENTAR LA COMPENSACIÓN DE SUS PATOLOGÍAS CRÓNICAS</b> | 6                 | <b>6 ASISENTES DE 6 AGENDADOS</b> |

**DECLARAMOS**, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al PRAPS. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

|  |  |
|--|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM                             |
| Nombre Completo: <b>LUZ ESTER MUÑOZ MARTIN</b><br>RUT: _____               | Nombre Completo: <b>Francisca Arredondo L.</b><br>RUT: _____ |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa                                       | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud                           |
| Nombre Completo:<br>RUT:   | Nombre Completo:<br>RUT:                                     |

